

- <http://www.calsouth.com/en/>
- **Enter in username and password and click Go**
If they don't have a log-in or password (or forgot), they can call Cal South Administrative services at: [\(714\) 778-2972](tel:7147782972).
- **Click on your players portrait**
- After Login click on **Applications**

Copyright © 2016, Affinity Sports Inc. All Rights Reserved.

- Click on Legal Agreements of the 2017-18 Season

Cal South Soccer - Google Chrome

Secure | https://secure.sportsaffinity.com/reg/playeradmin/playerelalog.asp?sessionguid=B4DB

Player's ELA Log

Player: Ryan J Chiang **IDNum:** 58045-648440

Agreement Document	Name	Initials	Date & Time
CAL SOUTH CONCUSSION INFORMATION SHEET FOR YOUTH SPORTS FOR PARENTS		sign	
Cal South Waiver		sign	
Roster Freeze Acknowledgement		sign	

- Click on Sign for Concussion Info Sheet
- Scroll all the way to bottom of page and on left bottom corner, enter in your initials and click Accept

Cal South Soccer - Google Chrome

Secure | https://secure.sportsaffinity.com/reg/playeradmin/playerelalog.asp?sessionguid=B4DB1ED0-AF88-4D26-8947-103732D432A18aaplguid=af2c4bd9-cb32-4f69-80a5-e6b4e843ad52&domain=cysa.affinitysoccer.com

Para obtener más información, visite www.cdc.gov/Concussion.

HOJA DE INFORMACIÓN DE CAL SOUTH PARA PADRES, SOBRE CONMOCIONES CEREBRALES

Política de Cal South sobre conmociones cerebrales:

Cualquier jugador que muestre señas o síntomas relacionados a una conmoción cerebral serán separados de cualquier participación/competición. Si un atleta que es menor de 17 años ha sido separado de alguna actividad física por una posible conmoción cerebral, la organización de deportes para juveniles deberá notificar a los padres/guardianes de ese atleta la fecha y horario de la lesión, los síntomas observados, y cualquier tratamientos que se le dio al atleta para la lesión.

La tarjeta del jugador será retenida y el jugador no podrá regresar a jugar en cualquier evento autorizado de Cal South hasta que él o ella haya sido dado de alta **por completo** por un proveedor de cuidado de salud o medico quien este capacitado en la evaluación y manejo de conmociones cerebrales y que este activo en su línea de trabajo.

La autorización del medico deberá estar incluida en un papel membrentado y debe incluir la firma original del medico e incluir el domicilio de sus oficinas. Es importante tomar en cuenta que altas condicionales **NO** serán aceptadas.

Si el proveedor de cuidado de salud determina que el atleta sostuvo una conmoción cerebral u otra lesión cerebral, el atleta tambien debera cumplir con el protocolo de regreso a juego de **no menos de siete días** en duracion, bajo la supervisión de un proveedor de cuidado de salud.

Al dar mi inicial en este ELA, o firmar y regresar esta forma a mi liga o club afiliado, yo reconozco y acepto que he revisado la información que este documento contiene.

Nombre completo del Padre/Guardián: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Initials:

Close

Cal South Waiver [sign](#)

Roster Freeze Acknowledgement [sign](#)

- Then choose the Cal South Waiver and initial and sign and click Accept
- Then do the same for Roster Freeze and click Accept